

QUESTIONNAIRE MÉDICAL ET APTITUDE PHYSIQUE À DES ACTIVITÉS PLEIN AIR

Ce questionnaire a été conçu pour déceler les individus pour lesquels les activités physiques et cognitives des programmes MAÏKANA ne seraient pas appropriées et pourraient aggraver leur condition physique et/ou psychologique, et voir même impactée l'expérience des autres participants. Dans le cas présent, nous demanderons les conseils d'un médecin pour vérifier si les activités proposées sont appropriées à leur condition physique, psychologique et de santé. Les informations divulguées dans ce questionnaire demeureront confidentielles. Seulement vous et le personnel de MAÏKANA aurez accès aux informations. Elles seront utilisées à des fins de sécurité et de santé. **Ces informations seront détruites à la fin du programme.**

1) QUESTIONS EN LIEN AVEC LA COVID-19

OUI	NON	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. Avez-vous voyagé ou été en contact avec une personne qui a voyagé à l'extérieur du pays durant les 14 derniers jours ?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. Avez-vous été en contact avec une personne qui a reçu un diagnostic positif de COVID-19 dans les 14 derniers jours ?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. Faites-vous de la fièvre ?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Avez-vous l'apparition, l'aggravation d'une toux ou des difficultés respiratoires ?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Avez-vous une perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût ?

Pour toute personne (travailleur, client, invité, etc.) qui a répondu oui à l'une ou plusieurs de ces questions, se verra interdire l'accès aux programmes de MAÏKANA, et il lui sera demandé de regagner son lieu d'habitation conformément aux consignes d'isolement émises par la santé publique.

SUITE →

2) ÉTAT DE SANTÉ

Sexe _____ Âge _____ Groupe Sanguin _____

No. Assurance maladie _____

ÊTES-VOUS ENCEINTE? Oui Non Si oui, depuis combien de mois? _____

NOUS VOUS PRIONS DE RÉPONDRE CONSCIENCIEUSEMENT À CES QUESTIONS

OUI	NON	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous avez peut-être un problème cardiaque ?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. Avez-vous des douleurs à la poitrine ou au coeur à l'effort, au repos ?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. Ressentez-vous des étourdissements ou des faiblesses au repos à l'effort, au froid, à la chaleur ?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que votre tension artérielle était trop élevée ?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Souffrez-vous de troubles articulaires ou osseux qui pourraient être aggravés par des activités physiques et des conditions climatiques difficiles (froid, humidité) ? Spécifiez :
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. Souffrez-vous d'allergies (Pollen, animaux, noix, lait, etc.) ? Spécifiez :
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. Prenez-vous des médicaments de façon régulière ? Si oui, précisez le nom du (des) médicament(s) et la posologie :
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. Avez-vous des problèmes à vous adapter au froid ou à la chaleur ?

OUI	NON	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. Avez-vous une ou plusieurs phobies (Peur des hauteurs, de l'eau, des insectes, de la noirceur, dans les endroits restreints, etc.) ? Spécifiez :
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Portez-vous des verres (lunettes) ou des lentilles cornéennes ?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. Avez-vous des problèmes visuels tels que de la difficulté à juger les distances et les hauteurs, très grande sensibilité à la lumière intense ou autres problèmes ne pouvant être corrigés avec des verres ou des lentilles cornéennes ? Spécifiez :
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12. Avez-vous des problèmes auditifs assez importants pour avoir de la difficulté à communiquer avec des personnes lorsqu'elles sont près ou loin de vous ? Spécifiez :
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. Avez-vous des problèmes dermatologiques (peau) qui apparaissent ou sont aggravés par le soleil, la chaleur, le froid, etc. ? Spécifiez :
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. Êtes-vous hémophile ou prenez-vous des médicaments qui éclaircissent votre sang ? Si oui, lesquels :
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. Avez-vous, ou avez-vous déjà eu des problèmes respiratoires (asthme, difficulté respiratoire à l'effort, au froid, à l'humidité, à la chaleur, sécessions des poumons à l'effort, etc.) ? Spécifiez :
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. Existe-t-il d'autres raisons d'ordre physique ou mental qui vous empêcheraient de partir avec un groupe loin des centres urbains et dans les conditions décrites par le responsable de l'activité ? Spécifiez :

N.B. : Si vous avez répondu oui à l'un des items de la section, **VOUS DEVEZ RENCONTRER LE GUIDE ET LUI EN FAIRE PART.** À remplir seulement si vous avez répondu oui à l'un des items. Après en avoir discuté avec une personne responsable de MAIKANA, j'accepte le risque additionnel qui pourrait entraîner une possible aggravation de mon état de santé.

Initiales S.V.P. : _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom _____

Liens _____ Tél. _____

INFORMATIONS DU PARTICIPANT

Nom du participant _____

Signature _____ Date _____

Signature d'un intervenant MAÏKANA _____ Date _____

SI ENFANT DE MOINS DE 16 ANS

Nom d'un parent ou tuteur légal _____

Signature d'un parent _____ Date _____

Signature d'un intervenant MAÏKANA _____ Date _____